


## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Homoclave, nombre y modalidad del trámite

COFEPRIS-05-057 Aviso de modificación o baja de responsable sanitario del establecimiento en que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos.

Ficha técnica	Formato	Pago asociado	Ficta del trámite	Fundamento legal	
	<div data-bbox="323 812 485 902">Servicios de Salud</div> <div data-bbox="525 812 686 902">Instructivo</div>	<p>No requiere pago</p>	<p>Aplica negativa ficta</p>	<p>ARTÍCULOS 47 Y 200 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 18 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.</p> <p><b>NOTA:</b> CUANDO LOS ESCRITOS QUE PRESENTEN LOS INTERESADOS NO CONTENGAN LOS DATOS O NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS APLICABLES, LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO CORRESPONDIENTE DEBERÁ PREVENIR A LOS INTERESADOS, POR ESCRITO Y POR UNA SOLA VEZ, PARA QUE SUBSANEN LA OMISIÓN DENTRO DEL TÉRMINO QUE ESTABLEZCA LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO, EL CUAL NO PODRÁ SER MENOR DE CINCO DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE QUE HAYA SURTIDO EFECTOS LA NOTIFICACIÓN; TRANSCURRIDO EL PLAZO CORRESPONDIENTE SIN DESAHOGAR LA PREVENCIÓN, SE DESECHARÁ EL TRÁMITE. <a href="#">ART.17-A DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO</a></p>	

Campos a llenar del formato



## Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios



### Requisitos documentales

- ❖ Formato “Servicios de Salud”, debidamente requisitado y en caso de requerir acuse deberá presentar copia simple legible del mismo.
- ❖ Por modificación:
  - » Original de la carta de designación firmada por el propietario o director del establecimiento
  - » Copia legible del título de médico cirujano o copia de la cédula profesional
  - » Copia legible del certificado de la especialidad (este requisito sólo aplica para consultorios de especialidad; establecimientos donde se practican actos quirúrgicos y/u obstétricos, así como, laboratorios de análisis clínicos cuando el responsable sea médico cirujano requiere especialidad)
- ❖ Por baja
  - » Devolver el acuse de recibido original del Aviso de Responsable Sanitario

**Contacto:**

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México,  
C.P. 03810.  
Teléfono 800-033-5050